El Departamento de Trabajo y Servicios para la Familia de Ohio requiere que la despensa de alimentos obtenga la siguiente información de usted cuando registre su hogar para recibir asistencia alimentaria.

Por favor, proporciónenos esta información y devuelva este formulario a la oficina de registro cabina en su próxima visita a la despensa. Gracias por su cooperación.

Su nombre: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Ciudad: _____

Fecha de nacimiento: _____ Código postal: _____

Nombre	Fecha de nacimiento